

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/126432>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-06 and may be subject to change.

Risicotaxatie van geweld bij vrouwen: ontwikkeling van de 'Female Additional Manual' (FAM)

V. DE VOGEL, M. DE VRIES ROBBÉ, W. VAN KALMTHOUT, C. PLACE

ACHTERGROND Geweld door vrouwen is een toenemend probleem. Onderzoek heeft aangetoond dat bij vrouwen mogelijk andere risicofactoren van belang zijn dan bij mannen en dat de huidige risicotaxatie-instrumenten voor gewelddadig gedrag onvoldoende voorspellende waarde hebben voor vrouwen.

DOEL Ontwikkelen van een klinisch relevant en bruikbaar instrument voor een accurate, gendersensitieve inschatting van het risico van gewelddadig gedrag door vrouwen, en bieden van concrete richtlijnen voor risicomanagement bij deze vrouwen.

METHODE Op basis van literatuuronderzoek, klinische expertise en de resultaten van een pilotstudie pasten wij de veelgebruikte 'Historical Clinical Risk management-20' (HCR-20) aan voor gebruik bij vrouwelijke (forensisch) psychiatrische patiënten die eerder gewelddadig gedrag jegens anderen hebben vertoond.

RESULTATEN De 'Female Additional Manual' (FAM) bleek een aanvullend instrument op de HCR-20 voor het inschatten van het risico van geweld door vrouwen.

CONCLUSIE De FAM is een potentieel waardevolle aanvulling voor een accurate, genderspecifieke risicotaxatie bij vrouwelijke (forensisch) psychiatrische patiënten. Toekomstig onderzoek zal de waarde van de FAM verder moeten aantonen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)4, 329-338]

TREFWOORDEN gender, gewelddadig gedrag, risicotaxatie, vrouwen

Vrouwen plegen minder vaak gewelddadige delicten dan mannen en 'man-zijn' is dan ook één van de beste voorspellers van gewelddadig en crimineel gedrag (Monahan e.a. 2001). Hoewel vrouwen slechts een minderheid vormen binnen het penitentiaire systeem en in de forensische psychiatrie (in 2009 respectievelijk 6,6 en 6,3%; DJI 2010), lijkt gewelddadig gedrag door vrouwen de laatste jaren toe te nemen, vooral onder jonge vrouwen.

Toename geweld door vrouwen

Zo blijkt uit recent onderzoek van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum

(WODC) naar jeugdcriminaliteit in de periode 1996-2007 dat criminaliteit door meisjes en vrouwen sterker toegenomen is dan onder jongens en mannen, hoewel het aandeel mannelijke daders nog altijd duidelijk groter is dan het aandeel vrouwelijke daders (Van der Laan e.a. 2010). Onder 12-17-jarige meisjes is het aandeel daders (afgedane strafzaak) ten opzichte van 2002 in 2007 toegenomen met 33%; onder 18-24-jarige vrouwen met 48% (bij jongens/mannen gaat het om een toename van 16% voor beide leeftijdsgroepen). In 2007 waren er 0,8 daders per 100 12-17-jarige meisjes en 1 dader per 100 18-24-jarige vrouwen. Bij de mannen waren er 3,1 daders per 100 12-17-jarige jongens en 5,8

daders per 100 18-24-jarige mannen (zie van der Laan e.a. 2010). Hierbij gaat het om alle vormen van criminaliteit, maar vooral het plegen van geweld lijkt sterk te stijgen.

Ook internationaal is de stijging van gewelddadig gedrag door vrouwelijke daders aangetoond (Heilbrun e.a. 2008; Odgers e.a. 2005). De toename kan deels worden verklaard door verminderde maatschappelijke tolerantie en toegenomen aandacht bij politie en justitie voor geweld door vrouwelijke daders (Hawkins e.a. 2009).

Over het algemeen is gewelddadig gedrag gepleegd door vrouwen anders van aard dan geweld door mannen, namelijk vaker reactief en in relationele context en minder vaak instrumenteel en seksueel (Monahan e.a. 2001; Odgers e.a. 2005). Bij bepaalde vormen van gewelddadig gedrag is de prevalentie van mannen en vrouwen nagenoeg gelijk, met name bij geweld binnen intieme relaties (Adams 2002) en bij geweld binnen psychiatrische instellingen (Nicholls e.a. 2009; De Vogel & De Ruiter 2005).

Voldoende specifieke kennis?

Kortom, gewelddadig gedrag door vrouwen is een probleem dat niet genegeerd kan worden. De vraag is echter of de huidige theoretische en empirische kennis over geweld door mannen en de inschatting van herhaald risico hiervan wel voldoende valide en van toepassing zijn voor vrouwen. In dit artikel vatten wij de literatuur naar risicotaxatie bij vrouwen samen. Dit leidt tot de conclusie dat een specifiek instrument voor het inschatten van het risico van geweld bij vrouwen nodig is. Vervolgens beschrijven wij de ontwikkeling van 'Female Additional Manual' (FAM; De Vogel e.a. 2011), een methode voor een gendersensitieve inschatting van toekomstig geweld door vrouwen die eerder dergelijk gedrag hebben vertoond. De FAM is een aanvulling op de HCR-20 (of mogelijk de HKT-30; WFRP 2003) voor vrouwen. Het doel van de FAM is deskundigen die met vrouwen werken meer concrete handvatten te geven voor risicotaxatie en -beheersing om herhaald gewelddadig gedrag door vrouwen te voorkomen.

Risicotaxatie bij vrouwen

Onderzoek heeft aangetoond dat ongestructureerde klinische risicotaxatie vatbaar is voor *gender-based bias*. Zowel mannelijke als vrouwelijke deskundigen zijn geneigd het risico van geweld door vrouwelijke psychiatrische patiënten te onderschatten (Skeem e.a. 2005). Gebruik van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten wordt aanbevolen om dergelijke vertekeningen te voorkomen, bijvoorbeeld de (inter)nationaal veelgebruikte HCR-20 of de Nederlandse HKT-30. Beide zijn risicotaxatie-instrumenten volgens de methode van het gestructureerd professioneel oordeel. Bij deze methode voert een deskundige de risicotaxatie uit aan de hand van een checklist, waarbij deze niet alleen de factoren scoort en bij elkaar optelt, maar ook de eigen kennis en ervaring inbrengt om tot een accurate inschatting van het recidiverisico te komen (zie voor de HCR-20-items tabel 1 en voor meer informatie Van den Berg & De Vogel 2011).

De meeste risicotaxatie-instrumenten zoals de HCR-20 zijn echter ontwikkeld op basis van onderzoek bij overwegend mannelijke populaties. Bovendien is het meeste onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van deze instrumenten uitgevoerd bij voornamelijk mannelijke populaties. Sommige wetenschappers menen dat er geen reden is om aan te nemen dat deze instrumenten niet ook valide zijn voor vrouwen, omdat risicofactoren voor mannen en vrouwen gelijk zijn (o.a. Loucks & Zamble 1999). Deze opvatting wordt ook wel de '*gender-blind perspective*' genoemd (Garcia-Mansilla e.a. 2009). Er is weinig empirisch bewijs ter ondersteuning van deze opvatting (Odgers e.a. 2005). Recente onderzoeksresultaten en reviews over risicofactoren en -taxatie bij vrouwen laten zien dat – hoewel veel risicofactoren voor geweld bij mannen ook geldig zijn bij vrouwen – het inschatten van het risico van geweld wel degelijk verschilt tussen mannen en vrouwen. Er bestaat dan ook behoefte aan gendersensitieve instrumenten om het risico bij vrouwen goed in te kunnen schatten (o.a. Funk 1999; Odgers e.a. 2005; Van Voorhis e.a. 2010; Warren e.a. 2005).

Onderzoek heeft aangetoond dat er risicofactoren zijn die een sterker effect op vrouwen hebben dan op mannen, bijvoorbeeld mishandeling en trauma's in zowel de jeugd als volwassenheid, problemen binnen intieme relaties en familie en economische achterstand (Benda 2005; Funk 1999; Odgers e.a. 2005). Daarnaast komen sommige risicofactoren uitsluitend of voornamelijk voor bij vrouwen, zoals prostitutie, automutilatie en zwangerschap op jonge leeftijd (Blanchette & Brown 2006; Messer e.a. 2004; Morgan & Patton 2002).

Onlangs hebben Garcia-Mansilla en collega's (2009) een literatuurstudie uitgevoerd naar de waarde van verschillende methoden van risicotaxatie in diverse vrouwelijke populaties. Zij concluderen dat gestructureerde methoden nauwkeuriger zijn dan ongestructureerde, maar dat over het geheel genomen de empirische resultaten voor de bruikbaarheid van risicotaxatie-instrumenten voor vrouwen niet eenduidig zijn. Er zijn diverse studies in verschillende populaties uitgevoerd naar het gebruik van de HCR-20 bij vrouwen (o.a. Nicholls e.a. 2004; Schaap e.a. 2009; De Vogel & De Ruiter 2005; Warren e.a. 2005). Uit deze studies is gebleken dat de predictieve validiteit van de HCR-20 voor herhaald gewelddadig gedrag door vrouwen matig tot slecht is. Nicholls en collega's (2004) vonden goede predictieve validiteit voor de HCR-20 bij vrouwen wat betreft incidenten binnen instellingen maar niet voor recidive na behandeling. De Vogel en De Ruiter (2005) vonden bij Nederlandse vrouwelijke tbs-patiënten een goede predictieve validiteit voor het HCR-20-eindoordeel voor herhaald geweld, maar niet voor de totaalscores, terwijl bij een groep gematchte mannen zowel de totaalscores als het eindoordeel significant voorspellend waren.

Veel deskundigen die dagelijks met vrouwen werken, herkennen de verschillen tussen mannen en vrouwen en hebben de wens geuit voor een gendersensitieve meting van factoren die gewelddadig gedrag voorspellen en verklaren (Adams 2002; Odgers e.a. 2005). Adequatere risicotaxatie en -beheersing bij vrouwen zijn ook belangrijk vanuit het oogpunt van de zogenaamde

intergenerationele transfer van risico van geweld tussen moeders en kinderen: moeders met een geschiedenis van gewelddadig gedrag hebben vaker kinderen met agressieproblematiek (Serbin e.a. 1998).

Ondanks de ontwikkelingen in de afgelopen 30 jaar op het gebied van risicotaxatie van gewelddadig gedrag en het feit dat er instrumenten op de markt zijn gekomen voor verschillende typen geweld en voor verschillende leeftijdscategorieën is er nauwelijks een instrument ontwikkeld specifiek voor meisjes of vrouwen. Een uitzondering is de *Early Assessment Risk List for Girls* (EARL-21G; Levene e.a. 2001) voor het meten van antisociaal en gewelddadig gedrag bij meisjes van 6-12 jaar oud. Voor adolescente meisjes of volwassen vrouwen is echter geen specifiek risicotaxatie-instrument beschikbaar. Wij concluderen dan ook dat meer kennis over risicofactoren voor gewelddadig gedrag door vrouwen en gendersensitievare risicotaxatie wenselijk is.

METHODE

Ontwikkeling van de FAM

Nadat uit onderzoek naar de Nederlandse HCR-20 bij vrouwen (De Vogel & De Ruiter 2005; Schaap e.a. 2009) was gebleken dat de voorspellende waarde voor vrouwelijke forensisch psychiatrische patiënten te wensen overlaat, ontstond het idee om een gendersensitiever risicotaxatie-instrument te ontwikkelen en vervolgens te onderzoeken op de waarde en bruikbaarheid voor vrouwen. Om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de (inter)nationaal gangbare praktijk besloten wij om de HCR-20 hierbij als uitgangspunt te nemen.

In 2007 is de originele HCR-20 aangepast voor gebruik bij vrouwen op basis van een uitgebreide literatuurstudie en klinische expertise (o.a. interviews met deskundigen uit de Van der Hoeven Kliniek; zie Van Kalmthout & Place 2007). Vervolgens is ruim twee jaar met deze zogenoemde HCR-20 Vrouwen Versie gewerkt.

De opgedane klinische ervaringen, een update van de literatuur en ervaringen met de scoreprocedure van andere taxatie-instrumenten – de ‘Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk’ (SAPROF; De Vogel e.a. 2007) voor het meten van beschermende factoren en de ‘Short-Term Assessment of Risk and Treatability’ (START; Webster e.a. 2004) voor het meten van risico’s op korte termijn – leidden vervolgens tot de ‘FAM Research-versie’. De ‘FAM Research-versie’ bevat 9 aanvullende risicofactoren voor vrouwen en suggesties voor de aanpassing van 10 items van de HCR-20. Met deze versie werd een pilotstudie uitgevoerd.

Pilotstudie

In 2010 werd een pilotstudie uitgevoerd met de ‘FAM Research-versie’ met als voornaamste doel het onderzoeken van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de genderspecificiteit (Stam 2010). Naast de ‘FAM Research-versie’ werden de originele HCR-20, de SAPROF en de in ontwikkeling zijnde ‘Historical, Clinical, Risk Management Version 3’ (HCR:V3; Douglas e.a. in voorbereiding) gescoord voor 42 vrouwelijke en 42 mannelijke tbs-patiënten. De vrouwen en mannen werden gematcht op hun fase in de behandeling, pathologische symptomen en delicttype.

Voor 20 vrouwen werden de instrumenten door twee onafhankelijke beoordelaars gescoord om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te bepalen. Deze bleek uitstekend te zijn voor de totaalscore van de ‘FAM Research-versie’ ($ICC = 0,94$; $p < 0,001$). Kritische waarden die aangehouden werden bij de ICC (single measure) waren: $\geq 0,75$ = zeer hoog; $0,60$ tot $0,75$ = hoog; $0,40$ tot $0,60$ = matig; $< 0,40$ = laag (Fleiss 1986). Alle aangepaste en nieuwe items hadden een hoge betrouwbaarheid (ICC : $0,63$ – 1 ; alle $p < 0,05$). Ook voor het eindoordeel ‘gewelddadig gedrag’ werd een uitstekende betrouwbaarheid gevonden ($ICC = 0,95$; $p < 0,001$).

Wat betreft de verschillen tussen vrouwen en mannen op de ‘FAM Research-versie’ werd gevonden dat vrouwen significant hoger scoorden op zes van de negen nieuwe items. Vrouwen scoorden

hoger op de nieuwe items: Prostitutieverleden, Zwangerschap op jonge leeftijd, Suïcidaliteit/automutilatie, Slachtofferschap na de kindertijd, Instrumenteel inzetten van seksualiteit en Problematische intieme relatie. Het feit dat vrouwen hoger scoorden, gaf aan dat deze items genderspecifiek waren. Dit maakt nog geen uitspraken mogelijk over de predictieve validiteit.

Toekomstig onderzoek zal moeten aantonen of deze items goede voorspellende waarde hebben voor gewelddadig gedrag bij vrouwen. Er werden geen significant hogere scores gevonden voor vrouwen op de aangepaste items, voor twee aangepaste items scoorden de mannen juist hoger. Mannen scoorden hoger op de aangepaste items Psychopathie en Problematisch gedrag in de kindertijd.

De pilotstudie leidde tot een aantal concrete veranderingen in de FAM, onder meer het aanscherpen van codeerinstructies en het schrappen van een aantal aangepaste items die bij nader inzien onvoldoende relevant bleken (zie voor een meer uitgebreide beschrijving van de ontwikkeling van de FAM en van de pilotstudie de handleiding van de FAM; De Vogel e.a. 2011). Deze aanpassingen resulteerden in de huidige versie van de FAM.

RESULTATEN

De FAM

In de FAM werden ten opzichte van de originele HCR-20 de codeerinstructies van 5 items aangepast en werden 9 nieuwe items toegevoegd. In Tabel 1 worden de items van de originele HCR-20 en de FAM weergegeven. De voor vrouwen aangepaste HCR-20-items worden in tabel 2 nader toegelicht. De aanpassingen in de items Problemen in de kindertijd en Persoonlijkheidsstoornissen hadden een betere differentiatie tot doel en zijn waarschijnlijk ook waardevol voor mannen (zie ook HCR:V3). In tabel 3 worden de nieuwe items weergegeven met een korte uitleg en enkele referenties ter onderbouwing. Het nieuwe item Heimelijk/manipulatief gedrag werd door klinici als relevant gezien, maar had nog geen empirische onderbouwing.

TABEL 1 Items van de 'Historical Clinical Risk management-20' (HCR-20) en de 'Female Additional Manual' (FAM)

HCR-20		FAM	
Historische items		Historische items	
H1	Eerder geweld	H1	Eerder geweld
H2	Jonge leeftijd bij eerste gewelddadig incident	H2	Jonge leeftijd bij eerste gewelddadig incident
H3	Instabiliteit van relaties	H3	Instabiliteit van relaties
H4	Problemen in het arbeidsverleden	H4	Problemen in het arbeidsverleden
H5	Problemen met middelengebruik	H5	Problemen met middelengebruik
H6	Psychische stoornis	H6*	Psychische stoornis
H7	Psychopathie	H7*	Psychopathie
H8	Problemen in de kindertijd	H8a*	Problematische omstandigheden in de kindertijd
		H8b*	Problematisch gedrag in de kindertijd
H9	Persoonlijkheidsstoornissen	H9*	Persoonlijkheidsstoornissen
H10	Eerdere onttrekking aan toezicht	H10*	Eerdere onttrekking aan toezicht
		H11	Prostitutieverleden
		H12	Problemen met opvoeden
		H13	Zwangerschap op jonge leeftijd
		H14	Suïcidaliteit/automutilatie
		H15	Slachtofferschap na de kindertijd
Klinische items		Klinische items	
C1	Gebrek aan zelfinzicht	C1	Gebrek aan zelfinzicht
C2	Negatieve opvattingen	C2	Negatieve opvattingen
C3	Actieve psychotische symptomen	C3	Actieve psychotische symptomen
C4	Impulsiviteit	C4	Impulsiviteit
C5	Reageert niet op behandeling	C5	Reageert niet op behandeling
		C6	Heimelijk / manipulatief gedrag
		C7	Laag zelfbeeld
Risicoheranterings items		Risicoheranterings items	
R1	Geringe kans dat plannen zullen slagen	R1	Geringe kans dat plannen zullen slagen
R2	Blootstelling aan destabiliserende factoren	R2	Blootstelling aan destabiliserende factoren
R3	Geringe beschikbaarheid van persoonlijke steun	R3	Geringe beschikbaarheid van persoonlijke steun
R4	Werkt niet mee aan behandelmogelijkheden	R4	Werkt niet mee aan behandelmogelijkheden
R5	Hoog niveau van ervaren stress	R5	Hoog niveau van ervaren stress
		R6	Problemen m.b.t. de (gewenste) zorg voor kinderen
		R7	Problematische intieme relatie
Eindoordeel		Eindoordeel	
	Gewelddadig gedrag naar anderen		Gewelddadig gedrag naar anderen (inclusief aanzetten tot- en medeplichtig zijn aan)
			Extra eindoordelen (experimenteel)
			Zelfdestructief gedrag
			Victimisatie
			Niet-gewelddadig crimineel gedrag

*Aangepast item.

Verder werd in de FAM de scoreprocedure op twee punten aangepast. Ten eerste werd de mogelijkheid toegevoegd om items te markeren die voor het individu het belangrijkste zijn, de zogenaamde *cruciale items*. Deze items kunnen opgevat worden als aandachtspunten (Historische items) dan wel doelstellingen voor de behandeling (Klinische en

Risicoheranteringsitems) en hebben als doel sturing te geven aan het opstellen en faseren van behandelplannen en afstemmen van klinische interventies. Deze aanpassing is overigens niet specifiek voor vrouwen, ook voor mannen kan het markeren van cruciale items zinvol zijn.

Ten tweede werd de mogelijkheid toegevoegd om naast het risico van gewelddadig gedrag jegens anderen ook het risico van zelfdestrutief gedrag, van victimisatie en van niet-gewelddadig crimineel gedrag in te schatten. De FAM dient niet opgevat te worden als een instrument om het risico van suïcide in te schatten; er zijn meer voorspellers voor suïcidaal gedrag die niet zijn opgenomen in de FAM (zie bijvoorbeeld Kerkhof & Van Luyn 2010). Hoewel er vooralsnog nauwelijks empirische evidence is dat de items in de FAM daadwerkelijk voorspellende waarde hebben voor deze aanvullende risicocategorieën lijkt deze toevoeging voor klinisch gebruik waardevol. De drie extra eendoordelen dienen gezien te worden als experimenteel; toekomstig onderzoek zal moeten aantonen of deze eendoordelen voorspellende waarde hebben en daadwerkelijk nuttig zijn voor de praktijk.

DISCUSSIE

FAM - werk in uitvoering

In dit artikel introduceerden wij de FAM als aanvulling op de HCR-20 (of mogelijk de HKT-30) voor een gendersensitievare risicotaxatie voor (forensisch) psychiatrische vrouwen die eerder gewelddadig gedrag jegens anderen hebben vertoond. De FAM is specifiek ontwikkeld voor het gebruik bij vrouwen in de forensische psychiatrie, maar mogelijk is dit instrument ook bruikbaar voor vrouwen in detentie of in de algemene psychiatrie met een geschiedenis van geweld jegens anderen. De huidige FAM dient gezien te worden als 'werk in uitvoering' en met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Er is – evenals voor de originele HCR-20 en de HKT-30 – nog nauwelijks evidence voor de voorspellende waarde van (de items in) dit instrument voor herhaald gewelddadig gedrag bij vrouwen en onderzoek hiernaar is dan ook dringend gewenst. In de Van der Hoeven Kli-

TABEL 2 Aangepaste items 'Female Additional Manual' (FAM)

	Aangepaste items	Aanpassing in de codeerinstructie
	Historische items	
H6*	Psychische stoornis	Stoornissen die specifiek of voornamelijk bij vrouwen voorkomen worden ook meegenomen, zoals postpartumdepressie, postpartumpsychose, münchhausen-by-proxysyndroom.
H7*	Psychopathie	Bij vrouwen uit psychopathie zich waarschijnlijk anders/subtieler dan bij mannen. Het is raadzaam de afkapscore te verlagen (Logan 2009). 0 = Geen psychopathie: PCL-R-score < 14, of PCL:SV-score < 11; 1 = Mogelijke of minder ernstige psychopathie: PCL-R-score 14-23, of PCL:SV-score 11-15; 2 = Duidelijke of ernstige psychopathie: PCL-R-score ≥ 24, of PCL:SV-score ≥ 16.
H8	Problemen in de kindertijd	8a) Problematische omstandigheden in de kindertijd (tot 17de). Bijvoorbeeld: slachtoffer mishandeling of misbruik, getuige van geweld; 8b) Problematisch gedrag in de kindertijd (tot 17de). Bijvoorbeeld: antisociaal gedrag, vechtpartijen.
H9	Persoonlijkheidsstoornissen	0 = Geen persoonlijkheidsstoornis(sen) van cluster B of met duidelijke of ernstige kenmerken van achterdocht; 1 = Mogelijke of minder ernstige persoonlijkheidsstoornis(sen) van cluster B of met kenmerken van achterdocht; 2 = Duidelijke of ernstige persoonlijkheidsstoornis(sen) van cluster B of met duidelijke of ernstige kenmerken van achterdocht.
H10*	Eerdere onttrekking aan toezicht	Onttrekkingen aan vrijwillige, niet door de rechter opgelegde behandelingen en/of opnames in algemeen psychiatrische instellingen worden ook meegenomen. Hierbij moet een patroon van onttrekkingen zichtbaar zijn.

*Deze aanpassingen zouden ook kunnen gelden voor de volgende HKT-30-items: H8, H10 en H2 (zie voor HKT-30-items: WRFP 2003). In de HKT-30 zijn problemen in de kindertijd al gesplitst in gedrag en omstandigheden (H3 Gedragsproblemen voor twaalfde levensjaar en H4 Slachtoffer van geweld in jeugd) en voor item H9 Persoonlijkheidsstoornissen is differentiatie naar clusters in de codeerinstructie meegenomen.

TABEL 3 Nieuwe items 'Female Additional Manual' (FAM)*

	Nieuwe items	Korte beschrijving item	Literatuur
Historische items			
H11	Prostitutieverleden	Heeft als prostituee gewerkt voor een substantiële periode of meerdere periodes. Het gaat hierbij om zowel vrijwillige prostitutie (mogelijk antisociale attitude, levensomstandigheden) als gedwongen prostitutie (indicatie voor de beïnvloedbaarheid en kwetsbaarheid van een vrouw).	Morgan & Patton 2002
H12	Problemen met opvoeden	Serieuze opvoedproblemen, zich uitend in bijvoorbeeld mishandeling, emotionele of pedagogische verwaarlozing. Informatie van officiële instellingen, zoals de Raad van Kinderbescherming, is hierbij gewenst.	Messer e.a. 2004; Van Voorhis e.a. 2010
H13	Zwangerschap op jonge leeftijd	Ernstige impact van zwangerschap op jonge leeftijd (voor 20ste). Abortus(sen) of miskraam/miskramen kunnen hierbij ook meegenomen worden.	Messer e.a. 2004; Serbin e.a. 1998
H14	Suïcidaliteit/automutilatie	Ernstige en/of herhaalde suïcidepogingen, gedachten en/of automutilatie. Als het suïciderisico toeneemt, neemt het risico van externaliserend gewelddadig gedrag ook toe. Suïcide wordt ook wel gezien als motief voor sommige geweldsdelicten zoals kinderdoding en brandstichting.	Benda 2005; Blanchette & Brown 2006; Morgan & Patton 2002
H15	Slachtofferschap na de kindertijd	Ernstig slachtofferschap na de kindertijd (na 17de), zoals seksueel misbruik of huiselijk geweld. Zich in een gewelddadige intieme relatie bevinden verhoogt het risico van gewelddadig gedrag bij vrouwen. Traumatisatie kan ook een indirect effect hebben: deze kan leiden tot psychische stoornissen en misbruik van middelen.	Benda 2005; Byrd & Davis 2009
Klinische items			
C6	Heimelijk/manipulatief gedrag	Serieuze indicaties van heimelijk en/of manipulatief gedrag. Voorbeelden van heimelijk gedrag zijn het verhullen of verdraaien van de waarheid, stokerig gedrag, roddelen, liegen over relaties of anderen zwartmaken. Voorbeelden van manipulatief gedrag zijn het inzetten van seksualiteit, bijvoorbeeld om macht of aandacht te verkrijgen, of het inzetten van somatische klachten om onder bepaalde zaken uit te komen.	Geen empirisch bewijs
C7	Laag zelfbeeld	Het gaat hierbij om negatieve opvattingen over zichzelf, bijvoorbeeld gevoelens van hopeloosheid of het gevoel niets te verliezen te hebben, en als gevolg daarvan gewelddadig te handelen naar zichzelf en / of anderen.	Wong e.a. 2009
Risicohanterings items			
R6	Problemen met de (gewenste) zorg voor kinderen	Bij dit item gaat het om twee zaken: 1) de zorg voor minderjarige kinderen is een te zware belasting en verantwoordelijkheid gezien de pathologie / problemen van de vrouw; en 2) boosheid en verdriet door verlies van – of beperkt contact met kinderen (bijvoorbeeld door detentie of door uit de ouderlijke macht te zijn gezet).	Greene e.a. 2000; Van Voorhis e.a. 2010
R7	Problematische intieme relatie	Problematische (toekomstige) intieme relatie, bijvoorbeeld samenleven met een criminele partner, geweld binnen intieme relatie.	Benda 2005; Messer e.a. 2004; Van Voorhis e.a. 2010

*Zie voor uitgebreide codeerinstructies en meer literatuurverwijzingen de FAM handleiding (De Vogel e.a. 2011).

niek is momenteel een prospectief onderzoek naar de waarde van de FAM gaande. Vooral nog lijkt de FAM in ieder geval waardevol voor klinisch gebruik. Naast de FAM zijn er wellicht nog meer opties voor gendersensitieve instrumenten, bijvoorbeeld specifiek voor gewelddadig gedrag door adolescente meisjes of voor het meten van psycho-

pathie bij vrouwen (een belangrijke risicofactor voor gewelddadig gedrag; zie ook Logan 2009).

Aanbevelingen voor praktijk

Verder willen we kort enkele aanbevelingen doen voor de toepassing van risicotaxatie van

gewelddadig gedrag bij vrouwen in de praktijk.

Ten eerste, deskundigen die met vrouwelijke forensisch psychiatrische patiënten werken zullen alert moeten zijn op de andere, vaak subtielere aard van geweld door vrouwen en zich bewust moeten zijn dat de huidige risicotaxatie-instrumenten voornamelijk zijn ontwikkeld voor mannelijke populaties. Voorzichtigheid bij de interpretatie van resultaten met deze instrumenten bij vrouwen is daarom geboden.

Ten tweede adviseren we deskundigen om de methode van het gestructureerd professioneel oordeel te gebruiken, omdat er duidelijke aanwijzingen zijn dat deze methode het effectiefst is voor zowel vrouwen als mannen (Garcia-Mansilla e.a. 2009). Hierbij raden we het consensusmodel aan waarin wordt gescoord door onafhankelijke beoordelaars vanuit verschillende disciplines en relaties tot de patiënt (De Vogel & De Ruiter 2005).

Ten derde raden we beoordelaars aan om niet alleen naar risicofactoren te kijken, maar ook aandacht te hebben voor potentieel beschermende factoren (zie ook Hawkins e.a. 2009), bijvoorbeeld door middel van het scoren van de SAPROF.

Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Ook willen wij enkele aanbevelingen doen voor toekomstig onderzoek naar gewelddadige vrouwen. Onderzoek naar vrouwelijke forensische populaties is moeilijk, vooral vanwege de kleine aantallen vrouwen in de forensische psychiatrie en de lage base rate van nieuwe veroordelingen voor geweld bij vrouwen (mede veroorzaakt door de beperkte uitstroom en het vrij hoge sterftecijfer, zie ook Burman e.a. 2001). De base rate van gewelddadig gedrag binnen instellingen ligt aanzienlijk hoger dan die van officiële recidive, mede omdat het binnen een instelling makkelijker te observeren is (De Vogel & De Ruiter 2005). Onderzoek binnen instellingen is dan ook als eerste aangewezen. Gegeven het relatief kleine aantal vrouwen binnen de forensische psychiatrie is samenwerking tussen verschillende instellingen noodzakelijk. Meer onderzoek is nodig naar (theoretische modellen

van) geweld door vrouwen en genderspecifieke risicofactoren en protectieve factoren. Vooral empirische studies zijn wenselijk naar factoren die door deskundigen uit de praktijk als belangrijk worden gezien, zoals instrumenteel inzetten van seksualiteit en heimelijk gedrag.

Verder is nader onderzoek nodig naar de psychometrische eigenschappen en de praktische waarde van gebruikte risicotaxatie-instrumenten voor vrouwen. Wellicht is het nuttig om in toekomstig onderzoek verschillende uitkomstmaten te gebruiken. Als aanvulling op veroordelingen voor geweld zijn zelfrapportage- en observatiegegevens mogelijk geschikter om herhaald gewelddadig gedrag door vrouwen te onderzoeken.

Tot slot is onderzoek nodig naar de effecten van (genderresponsieve) behandelprogramma's. Meer kennis over genderspecifieke risicofactoren en beschermende factoren en daarmee een adequatere risicotaxatie zal hopelijk leiden tot behandelprogramma's die meer aangepast zijn aan de specifieke behoeften en issues van vrouwelijke daders. Dit alles met als ultiem doel herhaald gewelddadig gedrag te voorkomen.



We danken alle deskundigen uit de Van der Hoeven Kliniek die hebben geparticipeerd in de pilotstudie of commentaar hebben gegeven op de FAM en daarmee hebben bijgedragen aan de ontwikkeling.

LITERATUUR

- Adams SR. Women who are violent: Attitudes and beliefs of professionals working in the field of violence. *Military Medicine* 2002; 167: 445-50.
- Benda B. Gender differences in life-course theory of recidivism: A survival analysis. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2005; 49: 325-42.
- Berg JW van den, Vogel V de. Risicotaxatie bij forensisch psychiatrische patiënten met een licht verstandelijke handicap: Hoe bruikbaar zijn risicotaxatie-instrumenten? *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 83-93.
- Blanchette K. Brown SL. The assessment and treatment of women offenders. An integrative perspective. Chichester: Wiley Series in Forensic Clinical Psychology; 2006.

- Burman M, Batchelor S, Brown J. Researching girls and violence: Facing the dilemmas of fieldwork. *Br J Criminol* 2001; 41: 443-59.
- Byrd PM, Davis JL. Violent behavior in female inmates. Possible predictors. *J Interpers Violence* 2009; 24: 379-92.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), Ministerie van Justitie: <http://www.dji.nl/> (geraadpleegd 3 mei 2010).
- Douglas KS, Hart SD, Webster CD, Belfrage H, Eaves D. HCR-V3 (Historical, Clinical, Risk Management (Version 3): Assessing risk for violence). Vancouver: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University; in preparation.
- Fleiss JL. The design and analysis of clinical experiments. New York: Wiley; 1986.
- Funk SJ. Risk assessment for juveniles on probation. A focus on gender. *Crim Justice Behav* 1999; 26: 44-68.
- Garcia-Mansilla A, Rosenfeld B, Nicholls TL. Risk assessment: Are current methods applicable to women? *International Journal Forensic Mental Health* 2009; 8: 50-61.
- Greene S, Haney C, Hurtado A. Cycles of pain: Risk factors in the lives of incarcerated mothers and their children. *Prison J* 2000; 80: 3-23.
- Hawkins SR, Graham PW, Williams J, Zahn MA. Resilient girls – factors that protect against delinquency; 2009. Gevonden 26 januari 2010: www.ojp.usdoj.gov/ojjdp.
- Heilbrun K, DeMatteo D, Fretz R, Erickson J, Yasuhara K, Anumba N. How 'specific' are gender-specific rehabilitation needs? An empirical analysis. *Crim Justice Behav* 2008; 35: 1382-97.
- Kalmthout W van, Place C. Risicotaxatie bij vrouwelijke tbs-patiënten. Een voor vrouwen aangepaste versie van de HCR-20. Is het mogelijk het onvoorspelbare te voorspellen? Amsterdam: Vrije Universiteit; 2007.
- Kerkhof AJFM, Luyn B, red. Suicidepreventie in de praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2010.
- Laan A van der, Blom M, Tollenaar N, Kea R. Trends in de geregistreerde jeugdcriminaliteit onder 12- tot en met 24-jarigen in de periode 1996-2007. Bevindingen uit de Monitor Jeugdcriminaliteit 2009. Den Haag: WODC; 2010.
- Levene KS, Augimeri LK, Pepler DJ, Walsh MM, Webster CD, Koegl CJ. Early Assessment Risk List for Girls: EARL-21G. Version 1 – Consultation version. Toronto: EarlsCourt Child and Family Centre; 2001.
- Logan C. Psychopathy in women: Conceptual issues, clinical presentation and management. *Neuropsychiatr* 2009; 23: S25-33.
- Loucks AD, Zamble E. Canada searches for predictors common to both men and women. *Corrections Today* 1999; 61: 26-32.
- Messer J, Maughan B, Quinton D, Taylor A. Precursors and correlates of criminal behaviour in women. *Crim Behav Ment Health* 2004; 14: 82-107.
- Monahan J, Steadman HJ, Silver E, Appelbaum PS, Robbins PC, e.a. Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence. Oxford: Oxford University press; 2001.
- Morgan M, Patton P. Gender-Responsive Programming in the Justice System – Oregon's Guidelines for Effective Programming for Girls. *Federal Probation Journal* 2002; 66: 57-65.
- Nicholls TL, Ogloff JRP, Douglas KS. Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients: The HCR-20, PCL:SV, and VSC. *Behav Sci Law* 2004; 22: 127-58.
- Nicholls TL, Brink J, Greaves C, Lussier P, Verdun-Jones S. Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by gender. *Int J Law Psychiatry* 2009; 32: 23-30.
- Ogders CL, Moretti MM, Reppucci ND. Examining the science and practice of violence risk assessment with female adolescents. *Law Hum Behav* 2005; 29: 7-27.
- Schaap G, Lammers S, Vogel V de. Risk assessment in female forensic psychiatric patients: A quasi-prospective study into the validity of the HCR-20 and PCL-R. *J Forens Psychiatry Psychol* 2009; 20: 354-65.
- Serbin LA, Cooperman JM, Peters PL, Lehoux PM, Stack DM, Schwartzman AE. Intergenerational transfer of psychosocial risk in women with childhood histories of aggression, withdrawal, or aggression and withdrawal. *Dev Psychol* 1998; 34: 1246-62.
- Skeem J, Schubert C, Stowman S, Beeson S, Mulvey E, Gardner W, Lidz C. Gender and risk assessment accuracy: Underestimating women's violence potential. *Law Hum Behav* 2005; 29: 173-86.
- Stam J. Risicotaxatie bij vrouwen: Kan het beter? Een onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van de Female Additional Manual. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2010.
- Vogel V de, Ruiter C de. The HCR-20 in personality disordered female offenders: A comparison with a matched sample of males. *Clin Psychol Psychother* 2005; 12: 226-40.
- Vogel V de, Ruiter C de, Bouman Y, Vries Robbé M de. Handleiding bij de SAPROF. Structured Assessment of PROtective Factors for Violence Risk. Versie 1. Utrecht: Forum Educatief; 2007.
- Vogel V de, Vries Robbé M de, Kalmthout W van, Place C. Female Additional Manual (FAM). Aanvulling op de HCR-20 voor het inschatten van gewelddadig gedrag bij vrouwen. Utrecht: Van der Hoeven Stichting; 2011.
- Voorhis P van, Wright EM, Salisbury E, Bauman A. Women's risk factors and their contributions to existing risk/needs assessment. The current status of a gender-responsive supplement. *Crim*

Justice Behav 2010; 37: 261-88.

Warren JI, South S, Burnette ML, Rogers A, Friend R e.a. Understanding the risk factors for violence and criminality in women: The predictive validity of the PCL-R and HCR-20. *Int J Law Psychiatry* 2005; 28: 269-89.

Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. HCR-20. Assessing the risk of violence. Version 2. British Columbia: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia; 1997.

Webster CD, Martin M, Brink J, Nicholls TL, Middleton C. Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). Clinical guide for evaluation risk and recovery. Ontario: St. Joseph's Healthcare Hamilton; 2004.

Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie. Handleiding HKT-30 Versie 2002. Risicotaxatie in de forensische psychiatrie. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen; 2003.

Wong T, Bijleveld C, Slotboom A. Van probleemmeisje naar delinquente vrouw? Criminele carrières van residentieel behandelde meisjes van 12 tot 32 jaar. *Tijdschrift voor Criminologie*, 2009; 51: 246-61.

AUTEURS

VIVIENNE DE VOGEL is psycholoog en hoofd afdeling Onderzoek, Van der Hoeven Kliniek, Utrecht.

MICHIEL DE VRIES ROBBÉ is psycholoog en promovendus-onderzoeker, Van der Hoeven Kliniek, Utrecht.

WILLEMJIN VAN KALMTHOUT is criminoloog en psycholoog.

CAROLINE PLACE is criminoloog en onderzoeker, programma Reïntegratie, Trimbos-instituut, Utrecht.

Correspondentieadres: dr. Vivienne de Vogel, Afdeling Onderzoek en Diagnostiek, Van der Hoeven Kliniek, Postbus 174, 3500 AD Utrecht.

E-mail: vdevogel@hoevenstichting.nl.

Strijdige belangen: het beschreven instrument, de FAM, zal in de toekomst worden verkocht door Forum Educatief, onderdeel van de Van der Hoeven Stichting, waar V. de Vogel en M. de Vries Robbé werkzaam zijn.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-6-2011.

SUMMARY

Risk assessment of violent women: development of the 'Female Additional Manual' (FAM) – V. de Vogel, M. de Vries Robbé, W. van Kalmthout, C. Place –

BACKGROUND Violence perpetrated by women is a growing problem. Research has shown that the risk factors associated with women differ from those associated with men and that the risk assessments currently in use are not adequate for predicting violence in women.

AIM To develop a clinically relevant, useful tool for an accurate, gender-sensitive assessment of risk of violent behaviour in women and to offer guidelines for risk management in women.

METHOD On the basis of literature research, clinical expertise and the results of a pilot study, we adapted the much-used 'Historical Clinical Risk management-20' (HCR-20) for use with female (forensic) psychiatric patients who have a record of violence towards other people.

RESULTS The 'Female Additional Manual' (FAM) supplemented and added value to the HCR-20 for assessing the risk of violent behaviour by women.

CONCLUSION The FAM is a valuable addition to the currently available risk assessment tools in that it provides a more accurate gender-specific risk assessment with regard to female (forensic) psychiatric patients. Future research will have to further demonstrate the value of the FAM.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)4, 329-338]

KEY WORDS gender, risk assessment, violence, women